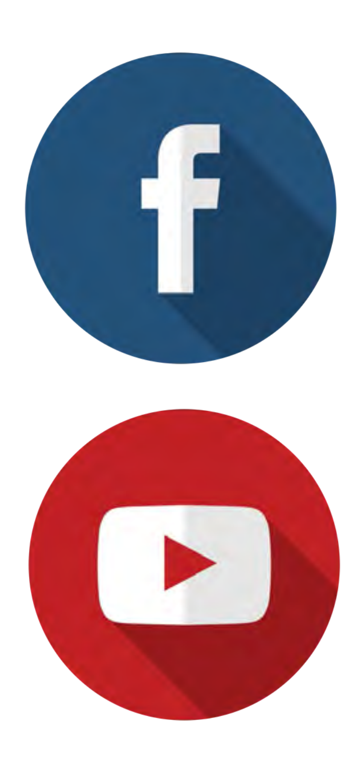
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful





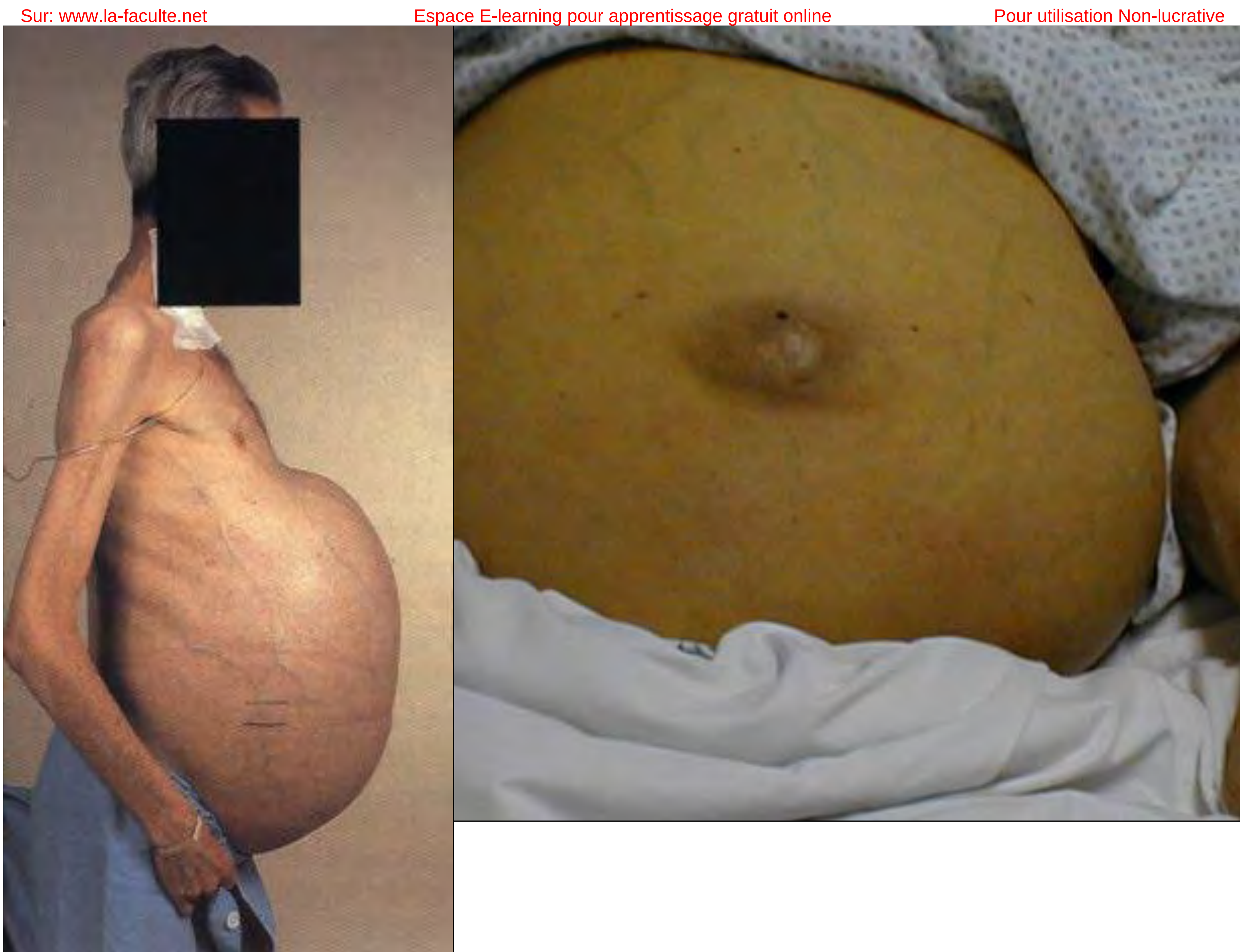


# LES ASCITES

**Pr M. SADOUKI**

**Maître de Conférence A**



# Définition

Epanchement liquidien dans la cavité péritonéale.

Diagnostic positif facile.

Diagnostic étiologique difficile.

Pr M. SADOUKI, HCA 2012

# Ascite de moyenne abondance

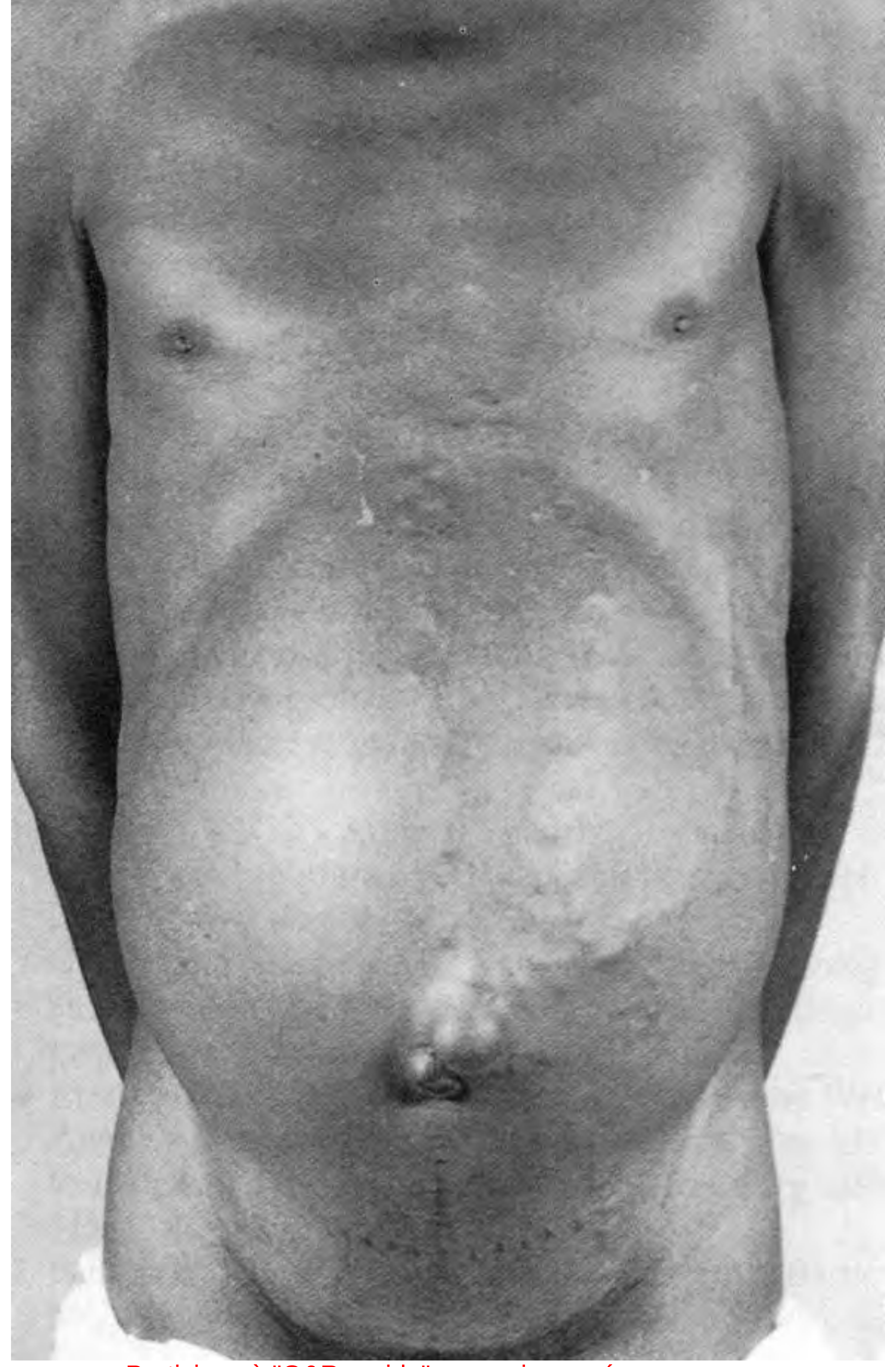
1/ SF: augmentation du volume de l'abdomen: sensation de pression, de tiraillement aux flancs, douleurs lombaires.

2/ SP:

- Inspection: Abdomen augmenté de volume.
  - Malade debout: le ventre pointe en obusier (développement récent, rapide) ou retombe en besace sur le pubis (ancienne, à développement lent).
  - Malade couché: ventre de batracien, ombilic +/- déplissé, peau tendue, amincie, luisante; CCV.
- Percussion: Matité sous ombilicale franche, hydrique, déclive, siégeant dans les flancs et l'hypogastre, à limite supérieure concave vers le haut, mobile.
- Palpation:
  - sensation de résistance souple et élastique (régions déclives)
  - palpation des organes sous-jacents difficile (rate et foie hypertrophiés)
    - signe du glaçon
    - signe du flot.
- Touchers pelviens: - TV: refoulement des DCS vaginaux bombés et rénitents;

  abaissement de l'utérus anormalement mobile.

  - TR: CDS de Douglas refoulé, bombé et rénitent.

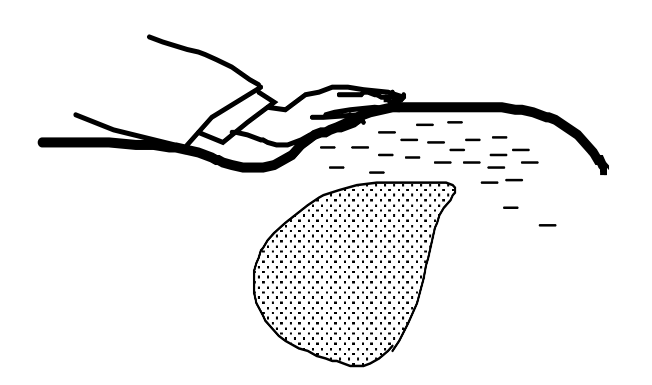


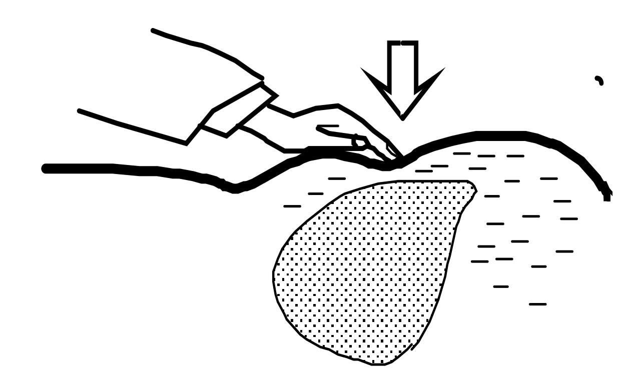


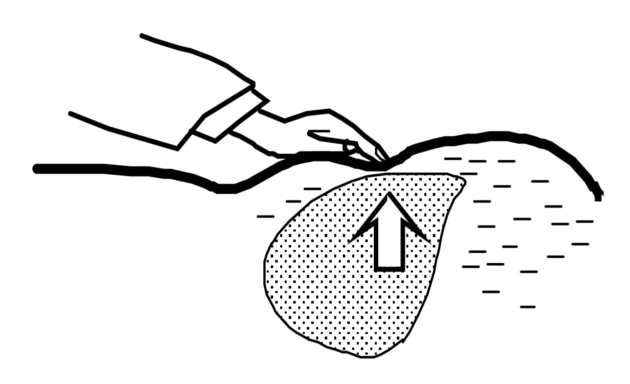
signe du flot + (malade en DD, la main gauche de l'examinateur est posée à plat sur le flanc droit, de la main droite l'examinateur donne une chiquenaude sur le flanc gauche du malade, la main d'un aide est placée par son bord cubital sur la ligne médiane de l'abdomen pour empêcher la transmission de l'onde sonore par la paroi, en cas d'ascite, l'onde sonore est transmise à travers le liquide et elle est perçue par la main gauche de l'examinateur.)

## signe du glaçon +

(obtenu en déprimant brusquement la paroi au niveau de l'hypochondre droit et gauche, on perçoit le choc en retour du foie et de la rate: foie et rate hypertrophiés ou ptosés.)







# Ascite de grande abondance

1/ SF: bruyants= dyspnée, palpitations, constipation et oligurie.

2/ SP: Ascite évidente

- Inspection: abdomen énorme,
  ombilic déplissé, retourné en doigt de gant
  peau tendue à l’extrême, amincie, luisante sillonnée de vergetures
  œdèmes infiltrants MI, OGE, paroi abdominale; CVC.
- Percussion: Matité franche hydrique de tout l’abdomen.
- Palpation: sensation de résistance abdominale extrême,
  examen du foie et rate impossible,
  le signe du flot est négatif.
- Les touchers pelviens: CDS vaginaux et de Douglas bombés et rénitents.
- Signes accompagnateurs: Signes d’intolérance
  cyanose,
  pouls petit, rapide, irrégulier,
  TA basse,
  BDC assourdis et rapides.



# Ascite de petite abondance

SP: - Inspection normale.

- Palpation sans anomalie
- Percussion: FINE, met en évidence une matité légère, déclive et mobile
  - aux flancs: apparaissant ou s'accentuant en DLG droit ou gauche
  - péri ombilicale, en position genu-pectorale.
- Touchers pelviens:
  - légère rénitence des CDS,
  - utérus anormalement mobile.

# Ascites cloisonnées

- sensation d'empâtement de l'abdomen
- matité en damier.

# Diagnostic positif

Phase de début:

Insidieux, le plus souvent

Rapide, si thrombose porte sur cirrhose,

ou thrombose des veines sus hépatiques

Peut simuler un syndrome péritonéal avec douleur vive

abdomen météorisé : OIA; perforation

Pr M. SADOUKI, HCA 2012

# Diagnostic positif (2)

## 6/ La ponction +++

- au point inverse de Mc Burney, à gauche entre EIAS et ombilic.
- utiliser aiguille intraveineuse.
- respecter les règles d'asepsie.
- règle des 9 tubes.

6.1/ Aspect du liquide: +++ orientation diagnostique

clair, citrin, séro-fibrineux

hémorragique,

chyleux

6.2/ Richesse en protéines:

transsudat: pauvre en protides (< 30 g/l), Rivalta négatif.

exsudat: riche en protides (> 30 g/l), Rivalta positif.

Pr M. SADOUKI, HCA 2012



Pr M. SADOUKI, HCA 2012

# Diagnostic positif (3)

6.3/ Etude cytologique

numération des leucocytes altérés ou non

numération des lymphocytes

numération des hématies.

6.4/ Recherche de BK

6.5/ Bactériologie standard

6.6/ Cytologie néoplasique

6.7/ Dosage de l'amylase

6.8/ Teneur en prothrombine: teneur normale < 15%; si > 35% suspicion néoplasie.

6.9/ Tube de réserve: aspect lactescent: chylomicrons et lipides;
mésothéliome: acide hyaluronique.

Faire ces 9 tubes à la 1re ou 2ème ponction!

Pr M. SADOUKI, HCA 2012

# Diagnostic différentiel

Eliminer toutes les matités à convexité supérieure:

- globe vésical (matité sous-ombilicale sensible à limite supérieure convexe vers le haut) ,
- kyste de l'ovaire à développement abdominal ( matité médiane latéralisée à limite supérieure convexe vers le haut et une ascension de l'utérus au TV, Absence de déplissement de l'ombilic, persistance de la sonorité lombaire, signe de la régle)
- grossesse,
- fibrome.

Eliminer aussi:

- adiposité pariétale,
- météorisme abdominal.

Pr M. SADOUKI, HCA 2012

# Diagnostic étiologique

1/ Etude des antécédents: +++

IR, IC, malabsorptions

Ethylisme, contage tuberculeux;

Altération de l'état général.

2/ Examen clinique:

Recherche de CVC, angiomes,

Recherche de signes d'IC ou d'IR: OMI+++

blanc, mou, indolore, godet+: Irénale, hépatique, carencielle.

rouge, cyanique, dur, douloureux, godet -: I cardiaque.

3/ La ponction

Pr M. SADOUKI, HCA 2012



Pr M. SADOUKI, HCA 2012



Pr M. SADOUKI, HCA 2012

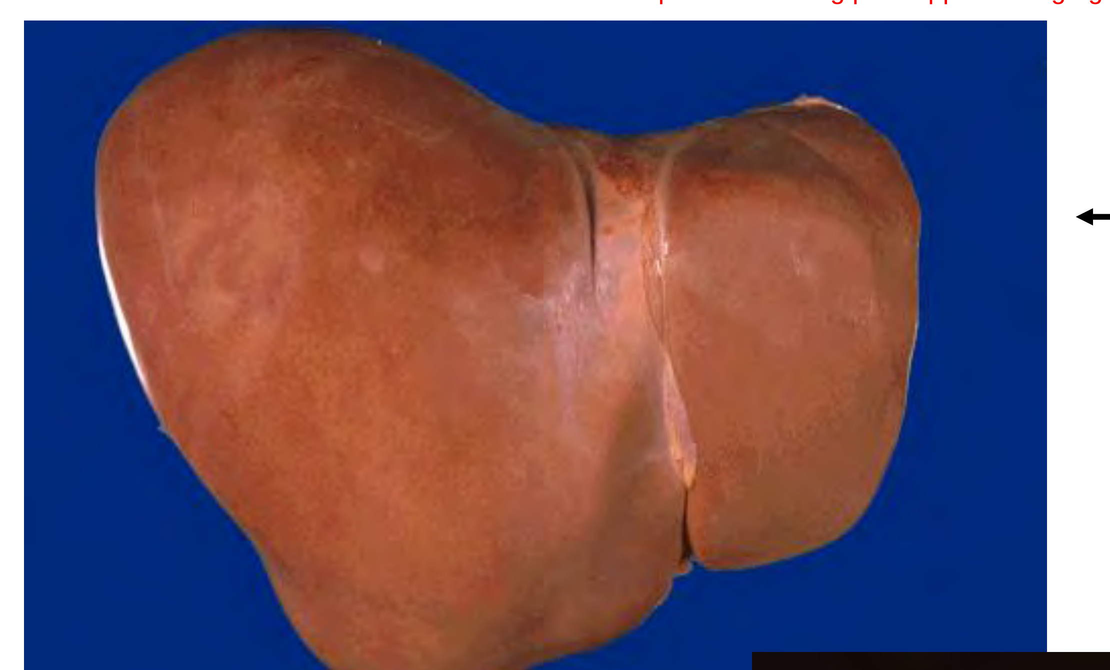


Pr M. SADOUKI, HCA 2012



# Circulation veineuse collatérale porto-cave abdominale





Foie normal



Foie de cirrhose

# Diagnostic étiologique

1/ Liquide clair

1.1/ Rivalta négatif (transsudat):

- HTP intra-hépatique, post-sinusoidale de toute origine sauf Budd-Chiari.

- Anasarque:

  Insuffisance cardiaque, rare

  Insuffisance rénale, syndrome néphrotique

  Syndromes carentiels (malabsorption, gactrectomies).

Pr M. SADOUKI, HCA 2012

## 1.2/ Rivalta positif (exsudat):

### 1.2.1/ Riche en lymphocytes

- Tbc péritonéale primitive, rare.
- Tbc secondaire: pulmonaire,
  génitale,
  méningite tuberculeuse.

Dg+: NFS, VS, IDR +++
Téléthorax,
ASP (ggl mésentériques calcifiés: PI tuberc. abd.)
Echographie: ascite cloisonnée +/- anses fixées.

Pr M. SADOUKI, HCA 2012

### 1.2.2/ Riche en cellules néoplasiques:

- carcinome secondaire
- carcinome primitif du péritoine: Mésothéliome.

### 1.2.3/ Riche en amylase:

amylase < 100 U : Pancréathopathie

### 1.2.4/Riche en leucocytes altérés ou non:

leucocytes > 300/mm3:

Péritonite à bas bruit,

Surinfection à BGN

## 2/ Liquide hémorragique:

- Néoplasme I ou II
- Pancréatique:
  - pancréatite aiguë
  - pancréatite chronique avec pseudokyste
- Carcinome hépato-cellulaire.

Pr M. SADOUKI, HCA 2012

# 3/ Liquide lactescent:

3.1/ Sans chylomicrons: ascite pseudo chyleuse:
cirrhose, pancréatite.

3.2/ Avec chylomicrons = signe de fuite lymphatique:

- traumatisme lymphatique, fistule lymphopéritonéale
- atteinte pariétale du grêle: lymphangiectasies,
  entéropathie exsudative (Whipple, etc.)
- atteinte des ganglions mésentériques:
  métastases d'un cancer digestif,
  lymphosarcome,
  séquelles de radiothérapie.
- atteinte du canal thoracique:
  médiastinite, néoplasique
  tumeur de voisinage.
- atteinte cardiaque: péricardite constrictive (adiastolie).

Pr M. SADOUKI, HCA 2012